



# Me voici, me voilà!!!

(Poupons)

## Présentation de ma famille

Je me nomme : \_\_\_\_\_

J'ai \_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_ ans

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Mon papa se nomme : \_\_\_\_\_

Ma maman se nomme : \_\_\_\_\_

Mes frères et mes sœurs se nomment : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

J'ai un ou des animaux à la maison : \_\_\_\_\_

Voici le ou leurs noms : \_\_\_\_\_

Mon adresse est : \_\_\_\_\_

## Temps de sommeil

Bébé dort avec :  Sa suce  Sa doudou  Un toutou Autres :

Il dort :  Sur le ventre  Sur le dos  Sur le côté

Comment s'endort-il... La petite routine avant le dodo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Combien de temps dort-il? AM : \_\_\_\_\_ PM : \_\_\_\_\_

Vers quelle heure? \_\_\_\_\_

Qualité de son sommeil?  Calme  Agité Autres :

Est-ce facile de le coucher ailleurs que dans son lit... Sa réaction dans un environnement étranger? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Le Biberon

Quelle sorte de lait boit-il? \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_ Température : \_\_\_\_\_

Position lors du boire? Prend-il son biberon dans vos bras? Dans un siège...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Horaire du boire : \_\_\_\_\_

Il tient son biberon? \_\_\_\_\_

Allergies au lait? \_\_\_\_\_

Bébé fait-il ses rots lorsqu'il boit? \_\_\_\_\_

Dans quelle position?  Assis  Debout Autres :

Régurgite-t-il? \_\_\_\_\_

## Le repas

Bébé mange sa nourriture :  En purée  Grumeaux  Morceaux

Position : \_\_\_\_\_

Qualité en cube :  Viande  Légumes  Fruits

Bon appétit  Faible appétit

Réaction face à la nourriture : \_\_\_\_\_

Habitudes particulières en mangeant : \_\_\_\_\_

Allergies ou réaction déjà connues à la nourriture : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il des allergies alimentaires dans la famille environnante. Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Liste des aliments déjà intégrés :

Il aime...

Il aime un peu moins...

---

---

---

---

---

---

---

---

## Autres

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires? \_\_\_\_\_

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

A-t-il des allergies autres qu'alimentaires? \_\_\_\_\_

Je suis allergique à : \_\_\_\_\_

J'ai un médicament épinéphrine (ou adrénaline) prescrit par un médecin :

Oui

Non

Voici les symptômes et les particularités à observer lorsque je fais une allergie (ex. démangeaison ou enflure des lèvres, plaques rouges, ...) :

---

---

---

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Il a l'habitude de se faire bercer? \_\_\_\_\_

Comment réagit-il avec les adultes? \_\_\_\_\_

Comment réagit-il avec les enfants? \_\_\_\_\_

A-t-il des peurs? \_\_\_\_\_

Comment sa peur se manifeste-t-elle? \_\_\_\_\_

Comment apaisez-vous ses peurs? \_\_\_\_\_

Pleure-t-il souvent et pourquoi? \_\_\_\_\_

Comment apaisez-vous ses pleurs? \_\_\_\_\_

Habitude de jeux (au sol parc, balançoire, sauteuse...) : \_\_\_\_\_



Chansons préférées? \_\_\_\_\_

Bébé a-t-il une suce? \_\_\_\_\_

Fait-il des poussées de température? \_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui l'impatiente? \_\_\_\_\_

Comment réagit-il dehors? \_\_\_\_\_

Développement moteur (rampe, s'assoit...) : \_\_\_\_\_



Avez-vous d'autres remarques à faire sur le comportement et les goûts de votre enfant susceptibles de nous aider à mieux le comprendre et à lui assurer un séjour agréable dans notre service de garde? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Merci!